Aus dem
Gerichtlich-medizinischen Institut der Universität München
Direktor: Obermedizinalrat Prof. Dr. H. Merkel

Primäre tonsillogene Streptokokkensepsis mit sekundärem Abort und nachfolgender tödlicher Curettageperforation.

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung der Doktorwürde der gesamten Medizin
verfaßt und einer
Hohen Medizinischen Fakultät
der
Bayerischen Ludwig-Maximilians-Universität in München
vorgelegt von

Walter Goertz
Neuß a. Rh.

München
Buchdruckerei Wurmdobler
1940

Aus dem
Gerichtlich-medizinischen Institut der Universität München
Direktor: Obermedizinalrat Prof. Dr. H. Merkel

Primäre tonsillogene Streptokokkensepsis mit sekundärem Abort und nachfolgender tödlicher Curettageperforation.

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung der Doktorwürde der gesamten Medizin
verfaßt und einer
Hohen Medizinischen Fakultät
der
Bayerischen Ludwig-Maximilians-Universität in München
vorgelegt von

Walter Goertz
Neuß a. Rh.

München
Buchdruckerei Wurmdobler
1940

Referent:

Prof. Dr. H. Merkel

Tag der mündlichen Prüfung: 14. Oktober 1940

Gedruckt
mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Inhaltsangabe

Einleitung.

Primäre Sepsis mit sekundärem Abort oder primärer Abort mit sekundärer Sepsis?

I. Man darf heute nicht mehr bei einem Abort mit anschließender Sepsis präsumieren: Der Abort ist ein krimineller. Dafür sprechen einmal:

a) eine andere Auffassung von der Mutterschaft,

b) neuere Statistiken.

II. Krankengeschichte der E. Sch.

III. Auszug aus den Gerichtsakten zu dem Fall E. Sch.

IV. Wie kann es zu einem fieberhaften Abort kommen:

a) durch Resorption von Fäulnistoxinen (putrider Abort),

b) durch Sepsis.

V. Der Uterus als Prädilektionsort für die beginnende Sepsis und Infizierung.

VI. Die Entwicklung der Erkenntnis, daß der Uterus auch von anderswo im Körper gelegenen Infektionsquellen infiziert werden kann, dargestellt an Hand grundlegender Fälle.

VII. Die Bedeutung der Autoinfektion in der gerichtlichen Medizin:

a) Autoinfektion bei akuter Sepsis,

b) Autoinfektion bei chronischer Infektion.

VIII. Auszüge aus: Sektionsprotokoll, mikroskopischer Untersuchung und bakteriologischem Befund.

IX. Welche Schlüsse können wir daraus ziehen?

Es gibt primäre Sepsisfälle mit sekundärem Abort, die als solche in vitro unerkannt bleiben und erst durch die Sektion geklärt werden können.

Primäre tonsillogene Streptokokkensepsis mit sekundärem Abort und nachfolgender tödlicher Curettageperforation.

Wenn der Leser das Thema dieser Arbeit überdenkt, dann wird ihm der Zusammenhang nicht ohne weiteres klar sein. Dies ist auch nicht verwunderlich, da doch diese Arbeit an einem gerichtlich-medizinischen Institut entstanden ist und deshalb zu folgendem viel geläufigeren Gedankengang verleitet: Abort mit sekundärer Sepsis, letal verlaufend, also: krimineller Abort. Richtig ist an diesem Gedankengang, daß tatsächlich die meisten Fälle von fieberhaftem und letal verlaufendem Abort in voraufgegangenen strafbaren Handlungen ihre Erklärung finden. Und doch muß diese beim Fachkundigen fast im Unterbewußtsein ablaufende gedankliche Folge oftmals einer Korrektur unterzogen werden. Und dies einmal dergestalt, daß die Untersuchung den Beweis für das Nichtvorhandensein einer intakten Schwangerschaft erbringt und zum andern, daß der fieberhafte ev. auch derjenige Abort mit letalem Ausgang nicht durch eine kriminelle Handlung hervorgerufen war. Gerade in den letzteren Fällen ist es oftmals für den Gutachter sehr schwer ein klares Urteil zu fällen. Die Schwierigkeiten darzutun, die bei einem solchen Gutachten zu überwinden sind, und die Möglichkeiten darzulegen, die für die Abgabe eines wissenschaftlich untermauerten Urteils gegeben sind, will sich die vorliegende Arbeit zur Aufgabe machen.

Bei jedem Gutachten spielt erwiesenermaßen, abgesehen von den tatsächlichen wissenschaftlichen Erkenntnissen, weitestgehend die persönliche Einstellung des Gutachters eine entscheidende Rolle. Und so ist es heute erforderlich, daß man nicht nur bei jedem Abort, an den sich eine Sepsis anschließt, deren Folge der Exitus der Patientin ist, präsumiert: „Das kann nur ein krimineller Abort sein." In diesen Dingen ist nämlich seit der Machtergreifung durch den Nationalsozialismus eine entscheidende Aenderung eingetreten. Der Staat hat alles getan, was in seiner Macht stand, um die Abtreibung auszurotten. Zunächst hat er in der Erkenntnis der Frage: „Quid leges sine moribus"? die idelle Seite der Mutterschaft als den höchsten Beruf der Frau herausgestellt. Aber auch die materielle Sicherung

der Mutter wurde nicht vergessen. Die systematische Arbeit in diesen beiden Zielrichtungen wurde organisiert in dem Werk „Mutter und Kind“. Schon heute ist ein Erfolg nicht mehr von der Hand zu weisen. Die deutsche Frau denkt wieder anders über die Mutterschaft, und viele der Frauen, die früher die Schwangerschaft als eine unerwünschte Last empfanden, sehen heute darin wieder Erfüllung ihrer Sendung. Diese getroffenen Feststellungen finden beredten Ausdruck in neuesten Statistiken, wie sie ja nun seit 1935 hinsichtlich der Fehlgeburten geführt werden können, da jede Fehlgeburt seitdem gemeldet werden muß. Die geschworenen Gegner der Statistik werden nun wieder einwenden: „Man kann schwindeln, man kann lügen, ja man kann sogar Statistiken aufstellen.“ Dem setzen wir entgegen, warum sollen wir uns Illusionen hingeben, haben wir doch gerade in den letzten Jahren gelernt, auch unerfreuliche Statistiken zur Kennnis zu nehmen. Umso erfreulicher ist es für uns, wenn wir aus der Arbeit von E. Philipp, Kiel, entnehmen können, daß einmal die Zahl der Fehlgeburten überhaupt und insbesondere die der kriminellen Aborte abgenommen haben. Philipp bringt Zahlen aus zwei Provinzen, von denen in der ersten die Zahlen fast gleichgeblieben sind:

1936	5 315	Fehlgeburten
1937	5 298	„
1938	5 372	„

während in der zweiten Provinz ein nicht unerheblicher Rückgang zu beobachten ist:

1936	4 881	Fehlgeburten
1937	4 741	„
1938	4 580	„

Dazu noch die Zahlen eines Staates:

1937	4 577	Fehlgeburten
1938	4 476	„

Für den kriminellen Abort liegen nur Zahlen von seiten der Kriminalisten vor, die aber bei oberflächlicher Betrachtung zu der Auffassung führen könnten, daß die Aborte zugenommen hätten. Wir lesen da z. B., daß verurteilt wurden wegen Abtreibung:

1914	1 755	Personen	1936	4 350	Personen
1935	8 000	„	1937	5 737	„
1931	3 882	„	1938	8 000	„
1934	4 539	„			

Betrachtet man die Zahlen genauer, so sieht man nach dem rapiden Anstieg in den Notjahren dann im Jahre 1931 eine auffallend niedrige Zahl von Verurteilungen. Diese niedrige Zahl ist aber nichts anderes als der Beweis dafür, daß das Interesse des Staates an der

Verfolgung dieses Verbrechens weitgehend erlahmt war. Stutzig machen müssen einen dann die zunehmenden Zahlen ab 1934, behaupteten wir doch, daß die Aborte zurückgegangen seien. Dieses Anschwellen der Ziffern ist aber im Zusammenhang mit dem Vorhergesagten verständlich, weil eben der heutige Staat alle Abortfälle gemeldet bekommt und darunter die nur irgendwie auf einen kriminellen Abort verdächtigen Fälle scharf unter die Lupe nehmen läßt.

Wir wissen, daß das Hauptkontingent der kriminellen Aborte febrilen Charakter trägt. Aus der Tatsache, daß die febrilen Aborte gegenüber den afebrilen zurückgegangen sind, könnten wir schließen, daß die kriminellen Aborte ebenfalls zurückgegangen sein müssen.

Abortstatistik der Kieler Klinik

Häufigkeit der febrilen und afebrilen Aborte.

	1933 in %	1934 in %	1935 in %	1936 in %	1937 in %	1938 in %	Zus. in %
afebril	108 48,2	130 51,2	119 52,4	121 50,8	163 58,0	252 67,8	893 55,9
febril	116 51,8	124 48,8	108 47,6	117 49,2	118 42,0	120 32,2	703 44,1

Mit diesen Kenntnissen wollen wir nunmehr einen äußerst interessanten Fall betrachten, der Merkel vom Amtsgericht München, Ermittelungsrichter, zur gerichtlichen Sektion überwiesen wurde mit dem Auftrag, ein Gutachten darüber zu erstatten, ob Abtreibung bei der verstorbenen 20-jährigen Hausangestellten E. Sch. vorliege oder nicht.

Ueber die Anamnese der Patientin war von dem behandelnden Arzt Dr. Th. folgendes zu erfahren:

Dr. Th. wurde am 25. 9. 1937 zu der Arbeitgeberin der E. Sch. gerufen und von dieser, der Arbeitgeberin, zu der E. Sch. auf das Zimmer geschickt. Er habe bei der Patientin eine sehr starke Blutung aus dem Genitale festgestellt. Es sei ihm gesagt worden, daß bei der Patientin blutige Stücke abgegangen seien. Eine leichte Angina, die aber keine wesentlichen subjektiven Beschwerden gemacht habe, sei von der Patientin erwähnt worden. Er habe die Patientin, die wohl infolge des starken Blutverlustes sehr schwach gewesen sei, sofort in die Klinik eingewiesen. Dort habe er bei ihr am 26. 9. 1937, also am folgenden Morgen eine Curettage gemacht. Dabei sei die Gebärmutter beschädigt worden. Er habe sofort einen Gynäkologen hinzugezogen, der etwa zwei Stunden nach der Perforation laperatomiert, die Verletzung excidiert und übernäht habe. Von einer Totalexstirpation des Uterus habe man mit Rücksicht auf das jugendliche Alter der Patientin

abgesehen. Auf Befragen gab der operierende Facharzt ergänzend an, daß sich im Douglas ganz frisches Blut befunden habe und die Perforationswunde ihrer ganzen Art nach nur von einer frisch gesetzten Curettenperforation habe herrühren können.

Aus den uns zur Verfügung gestellten Gerichtsakten ist zu entnehmen, daß an der Patientin E. Sch. durch den Angeklagten D. einmal am 28. 8. 1937, also fünf Wochen ante exitum ein Abtreibungsversuch durch Einspritzung von Seifenwasser in die Gebärmutter gemacht worden war. Die Einspritzungen waren vorgenommen worden mit einem Gummischlauch, der in der Mitte einen Gummiballon hatte, also mit einem Klysopomp. Da die Einspritzung ohne Erfolg war, wurde auf Betreiben des D. durch den Mitangeklagten Sch. am 4. 9. 1937 nachmittags eine Wiederholung vorgenommen unter Verwendung einer Spritze, bestehend aus einem Gummiballon mit auswechselbarem bleistiftdickem metallenen Ansatzrohr, und am selben Tage abends eine dritte Einspritzung gemacht. Die Patientin hatte in der Folgezeit, d. h. bis zu ihrer Einlieferung in die Privatklinik, den Dienst bei ihrer Arbeitgeberin wieder versehen. Nach den Aussagen einer mit ihr tätigen und dasselbe Zimmer bewohnenden Angestellten sollen in der Zeit nach dem zweiten Abtreibungsversuch bei der Patientin dauernd Blutungen bestanden haben, die von der Patientin laut Aeußerung zu den bei der Abtreibung beteiligten Personen als „Abgang einer Frucht" bezeichnet wurden.

Im Urteil des Gerichts wird festgestellt, daß die beiden am 4. 9. 1937 vorgenommenen Abtreibungsversuche von Erfolg waren und zu einer Unterbrechung der Schwangerschaft führten, ohne daß aber festgestellt wurde, wann die Unterbrechung eingetreten sei. Gestorben sei die Patientin — so zu lesen im Urteil — an einer Bauchfellentzündung, die von den inneren Geschlechtsorganen ausgegangen sei. Es wurden demzufolge verurteilt:

1. der Angeklagte D. zu 4 Monaten Gefängnis wegen versuchter Abtreibung und Anstiftung zur vollendeten Abtreibung durch den Angeklagten Sch.;
2. der Angeklagte Sch. wegen vollendeter Abtreibung zu 3 Monaten Gefängnis.

In einem weiteren Absatz des Urteils lesen wir folgendes: Die Anklage nimmt an, daß die an der Sch. vorgenommenen Abtreibungshandlungen den Tod der E. Sch. verursacht habe. Es wird deshalb den Angeklagten zusätzlich zu ihrer Abtreibungstätigkeit der Vorwurf einer fahrlässigen Tötung gemäß §§ 212, 73 RStG. gemacht. Das Gericht vermochte sich jedoch n i c h t mit Bestimmtheit davon zu überzeugen, daß ein Kausalzusammenhang zwischen der Abtreibungshandlung und dem eingetretenen Tod der E. Sch. bestand, zumal

das ärztliche Gutachten den Zusammenhang nicht als klarliegend bezeichnete und die Möglichkeit nicht als ausgeschlossen erklärte, daß die Infektion zustande gekommen sei auf dem Blutwege von einem bei der Oeffnung der Leiche festgestellten beiderseitigen Mandelabszeß der E. Sch. Eine Verurteilung wegen fahrlässiger Tötung schied deshalb aus.

Wie kann es nun zu einem fieberhaften und ev. letal verlaufenden Abort kommen, ohne daß unbefugte oder unsaubere Hände an der Arbeit gewesen sind?

Einmal kann es sein, daß eine Fehlgeburt sehr langsam in Gang kommt und unter Blutungen träge weiterverläuft; sie kommt also nicht spontan zu einem Abschluß. Es sind dann für das erst recht spät innerhalb des Ablaufs der Fehlgeburt auftretende Fieber, Fäulnisprozesse innerhalb der Gebärmutter, in den teilweise abgelösten Eiteilen und dadurch ermöglichte Resorption von Fäulnistoxinen verantwortlich zu machen. Die Ursächlichkeit der Fäulnisprozesse für dieses Fieber wird dadurch bewiesen, daß nach Ausräumung des Uterus das Fieber nach kürzester Zeit abgeklungen zu sein pflegt.

Zum andern Mal sehen wir Fälle, in denen das Fieber gleich mit Beginn des Abortes auftritt oder schon gar vorher bestand, also zu einer Zeit, wo objektive Zeichen für eine aktive Tätigkeit des Uterus noch fehlen. Dieses Fieber kann sich also nur als Reaktion auf einen bereits bestehenden entzündlichen Prozeß entwickelt haben.

Prädilektionsort für solche Entzündungen, als deren Folge wir einen Abort sehen, ist der Uterus. Er kann infiziert werden auf drei verschiedene Arten:

1. es können von dem Untersuchenden mit nicht sterilen Instrumenten Keime von außen eingeschleppt werden (ektogene Infektion);
2. die Keime aus der Vulva der Schwangern kommen beim Einführen der primär sterilen Instrumente mit diesen in Berührung und gelangen auf diese Weise in den Uterus (endogene Infektion);
3. der Uterus kann auf dem Blut- oder Lymphwege infiziert werden (Autoinfektion).

Während die unter 1) und 2) genannten Infektionsmöglichkeiten in jeder einschlägigen Arbeit eingehend behandelt werden, widmet man der Infektion des Uterus auf dem Blut- oder Lymphwege von einem anderswo lokalisierten Infektionsherd aus nur wenig Aufmerksamkeit, und dies nicht einmal von seiten der Standard-

werke der Gynäkologie. Diese Tatsache wird neben anderen Autoren auch von H. Nahmsmacher in München. Mediz. Wochenschrift 1938, S. 928, bestätigt, wenn er schreibt: „Den Herdinfektionen, insbesondere den Mandelherden wird von frauenärztlicher Seite oft nicht genügend Beachtung geschenkt, obwohl zahlreiche Gefahrenmomente und Krankheiten davon abhängen können, wie z. B. Ovolationsstörungen, Schwangerschaftstoxämen, Pyelitis, Abort usw." Es sind für den Gynäkologen diese Fälle auch nicht von so schwerwiegender Bedeutung, wie für den als Gutachter tätigen Gerichtsmediziner, der oftmals durch seine Untersuchungen und gutachtlichen Ausführungen tief in ein Menschenschicksal eingreift.

Orth, zitiert nach Schibkow, ist es gewesen, der zum ersten Mal in seinem Lehrbuch der Anatomie (1893) gelegentlich der Besprechung der Herkunft des Puerperalfiebers den Gedanken ausgesprochen hat: „Ich halte es nicht für ausgeschlossen, daß gelegentlich einmal eine hämatogene Infektion des Uterus eintritt."

Diese Auffassung wurde von den Gerichtsmedizinern wohl als erstem von Merkel in Friedrichs Blätter für gerichtl. Medizin 1905 S. 321 ff. aufgegriffen, bot sie ihnen doch den Anreiz schwierige Fälle einer Klärung zuzuführen, die bisher in Dunkel gehüllt blieben.

Merkel ging damals an den folgenden Fall heran unter dem Gesichtspunkt, ob für die beabsichtigte Klage der Verwandten gegen Arzt und Hebamme wegen Infektion der Patientin bei den gynäkologischen Untersuchungen grundlegende Tatsachen vorhanden waren:

Patientin 23 Jahre alt, II para wird am 1. Juni fiebernd und von auswärts in die Entbindungsanstalt in Erlangen überführt. Sie hat vor acht Tagen spontan entbunden, das Kind lebt und ist gesund; wurde dabei sowohl von der Hebamme als auch von dem Arzt innerlich untersucht; sie klagte bereits seit dem zweiten Wochenbett-Tage über starke Leibschmerzen, hauptsächlich links, und will seitdem schon einen übelriechenden Ausfluß haben.

Status präsens: Leib stark aufgetrieben, überall sehr schmerzhaft, doch hauptsächlich in der Gegend des linken Parametriums. Uterus schlecht involviert. zwei querfingerbreit über der Symphyse stark druckempfindlich. Muttermund fast noch für zwei Finger durchlässig; reichlich eitriger stark übelriechender Ausfluß aus der Scheide, kein Dammriß. Patientin kommt nach 16 Tagen ad finem.

Die Sektion ergab eine teils umschriebene, teils diffuse subakut verlaufende eitrige Peritonitis; daneben zwei die Magenwand völlig durchsetzende runde Geschwüre an ziemlich typischer Stelle, von denen das eine scheinbar frisch mit der Leber verklebt und auf diese übergegangen war. Das andere Geschwür an der Rückwand gelegen, hatte

durch Löſung ſeiner Verwachſungen zur Bildung einer umſchriebenen Jauchehöhle geführt, von der aus wiederum ſekundär ein Einbruch ins Duodenum von außen nach innen erfolgt war. Wahrſcheinlich beim Durchbruch der Schleimhaut war es zur Eröffnung eines Duodenalgefäßes gekommen, aus dem dann die faſt bis zur völligen Ausblutung des Individuums führende copiöſe Blutung ins Magenlumen ſtattfand.

Merkel kam auf Grund dieſes Befundes zu dem Schluß: Der Tod der Wöchnerin iſt erfolgt durch eine ſubakut verlaufende Peritonitis, die wahrſcheinlich nicht als Folge einer Puerperalinfektion aufzufaſſen iſt, ſich vielmehr an die (während der Geburt erfolgte) Perforation der vorgefundenen Magengeſchwüre angeſchloſſen hat.

Wegen der geringen Zahl des caſuiſtiſchen Materials in dieſer Richtung ſei hier noch ein zweiter Fall Merkel's aufgezeichnet. Während bei dem vorherigen Fall die Bedeutung darin liegt, daß die Sektion den Nachweis erbringen konnte, daß ſich unter dem Bild der Puerperalinfektion eine andere tödliche Krankheit verbarg, konnte Merkel in dem folgenden hochintereſſanten Fall den Beweis dafür erbringen, daß Streptokokken auf dem Blutwege in den Uterus gelangen können.

Patientin hochſchwanger — mit erſter Querlage — in die Klinik aufgenommen, mit Angina, ſtark fiebernd, mit leichter Wehentätigkeit.

Anamneſe: Als Kind Halsbräune und Gelenkrheumatismus. Jetzige Erkrankung: vor drei Tagen Schüttelfroſt und Halsſchmerzen.

Diagnoſe: Gravidität menſ. IX, Herzfehler?, Angina. Nach fünf Tagen Temperatur zur Norm abgefallen und Befinden ſoweit gebeſſert, daß Patientin nach völligem Abklingen der Wehen auf eigenen Wunſch entlaſſen werden kann.

Nach weiteren vier Tagen wird Patientin mit beginnenden normalen Wehen erneut in die Frauenklinik zu Erlangen aufgenommen. Keine innere Unterſuchung!! An demſelben Tag normale Geburt, aber Blutungen und Erbrechen; Leib ſtark aufgetrieben, nicht druckempfindlich.

2. Wochenbettag: Morgentemperatur 37,9, abends 39,0, Puls 90—100.

3. Wochenbettag: Das Bild verſchlechtert ſich und Patientin kommt nach weiteren fünf Tagen ad exitum.

Merkel konnte im Leichenblut Streptokokken nachweiſen in Reinkultur und dies in Uebereinſtimmung mit dem Befund, der noch intra vitam erhoben worden war. Auch waren ſeptiſche Prozeſſe an zahlreichen Organen feſtſtellbar und dies vor allem im Uterus, wo ſich hiſtologiſch ganz unglaubliche Mengen von Streptokokkenneſtern fanden

und zwar sowohl im Fundus, innerhalb und außerhalb der Decidua-reste als auch in den Wandgefäßen und deren Blutgerinnseln!

Noch ausgeprägter kommen die zur Diskussion stehenden Fragen zum Ausdruck in einem Fall, der im Jahre 1912 von Orth seziert und von Schibkow beschrieben wurde.

Aus der Vorgeschichte war folgendes zu entnehmen: Patientin hatte einen Straßenbahnunfall, bei dem sie zu Boden stürzte. Vierzehn Tage später bekommt sie Blutungen aus dem Genitale und hat in deren Verlauf einen Abort. Sie fühlt sich in den nächsten Tagen müde und matt und wird so in die Klinik eingeliefert. Drei Tage später kommt die Patientin unter septischen Erscheinungen ad exitum.

Die pathologische Diagnose lautete: Wahrscheinlich primäre eitrige, jauchige Amygdalitis. Schwere septische Endometritis nach Abort. Septische Infarkte in der Milz, in den Nieren, dem Herzmuskel, Darm usw.

Sektion ergab: Neben der klinisch konstatierten Amygdalitis pseudemembranacea noch das Bestehen eines weiteren Zuganges für die Infektion, nämlich den Uterus, in dem hier eine Endometritis pseudomembranacea festgestellt wurde, für deren Entstehung wir in der Anamdese eine Erklärung finden, nämlich einen Abort nach dem Fallen der Frau aus dem Straßenbahnwagen.

Sucht man den primären Herd in den Luftwegen, so schreibt Schibkow, dann wäre es wichtig das Eindringen der Infektion in die Uterusschleimhaut zu erklären. Zur Lösung dieser Frage wurden die Halsorgane, der Uterus und die sonstigen metastasenzeigenden Organe untersucht.

Es zeigten sich bei der Untersuchung:

1. der Mandeln, daß diese vollkommen von Membranen bedeckt sind und nach Abstrich im Präparat sich verschiedenartige Kokken und Stäbchen finden, unter denen aber die ersteren überwiegen. Die Krypten sind ausgefüllt mit Kokken.
2. der Trachea gleich unter dem Epithel einige Kapillaren stark erweitert und mit Kokken gefüllt.
3. des Uterus, daß er an der Schleimhaut von Pseudomembranen bedeckt ist, die fast überall von der Unterlage gelöst sind und nur an einer Stelle noch mit ihm zusammenhängen.

Mikroskopisch ist dieser an einer Stelle noch festhängende Lappen typisch nekrotisch, gelblich und besteht aus körnigen Zerfallsmassen gemischt mit Muskelfasern. In den Zwischenräumen liegen neben den Blutgefäßen Uterusdrüsen, kleinzellige Infiltrationen. In dem dem Cavum des Uterus zugewandten Rande fehlt das Epithel. Die Blut-

gefäße sind fast ausschließlich mit Kokken gefüllt. Weiter sind am Uterus keine pathologischen Veränderungen festzustellen.

Wie aus den Untersuchungen hervorgeht, sind die Veränderungen an den Halsorganen erheblich stärker ausgebildet als am Uterus.

Hinzu kommt noch, daß es bei einem Ausgang der Infektion vom Uterus unverständlich ist, warum denn die Kokken nicht in die um den Uterus herumliegenden erweiterten Gefäße der subepithelialen Schicht eindrangen und sie infizierten, während doch sonst der ganze Organismus mit Kokken überschwemmt wurde.

So nimmt denn auch Schibkow an, daß die größere Ausdehnung des Prozesses in den Luftwegen und das Nichtbefallensein der subepithelialen Gefäße des Uterus für einen Ausgang der Infektion von den Tonsillen sprechen und daß der Uterus als locus minoris resistentiae hämatogen besiedelt worden sei.

Die wissenschaftliche Ausbeute dieser drei Fälle liegt darin, daß der Gutachter, wenn heute von ihm ein Urteil gefordert wird, ob ein krimineller Abort vorliegt, und in dem, was wichtig ist, die Klärung des Falles Schwierigkeiten macht, weil keinerlei makroskopische und mikroskopische Anhaltspunkte, d. h. keine oberflächlichen Läsionen festgestellt werden können, durch die die Bakterien einen Weg in das Innere des Organismus fanden, an das Vorliegen einer Autoinfektion denken muß.

Was haben wir unter Autoinfektion zu verstehen und wie kommt sie zustande?

Der Begriff Autoinfektion will besagen, daß im Organismus ein primärer Herd, d. h. eine Gewebsreaktion, in der sich pathogene Keime befinden, vorhanden sein muß, von dem aus die Infektion des Gesamtorganismus erfolgen kann. Dieser Herd kann einmal im Sinne Schottmüller's ein septischer sein, d. h. es wandern aus ihm konstant oder periodisch pathogene Bakterien aus und gelangen in den Kreislauf und zwar derart, daß durch diese Invasion subjektive und objektive Krankheitserscheinungen ausgelöst werden. Dabei erfolgt die Blutinfektion entweder direkt oder indirekt durch Vermittlung der Lymphbahnen. Im ersteren Falle dringen die Kokken aus dem primären Herd unmittelbar in die Blutbahn und zwar in kleinen Trupps in die Kapillaren oder in größeren Mengen, nämlich dann, wenn der primäre Krankheitsherd nachbarliche große Blutgefäße infiziert und in ihnen eine Thrombophlebitis erzeugt hat. Es kommt dann im weiteren Verlauf zu einer Wucherung der Kokken in den erkrankten Gefäßen und einer Einschmelzung der Thromben. Damit ist sodann die Möglichkeit gegeben, daß die Kokken mit fortgeschwemmten

Thrombenpartikeln in die freie Blutbahn gelangen. Im zweiten Fall besteht zunächst eine Lymphangitis, die flüchtig vorübergehen kann. Von den Lymphgefäßen gelangen dann die Kokken in die Lymphknoten; letztere stellen ein Filter dar, das aber nicht vollkommen undurchlässig ist. Namentlich bei sehr starker Wucherung wird dieses Filter durchbrochen und es treten Kokken in die Blutbahn über. Es kommt dann zum Bilde des sekundären septischen Abortes, wie wir ihn sehen nach Appendicitis, Pyelitis, Pneumonie, Endocarditis usw. Dies sind die Fälle, in denen die Patientinnen, bedingt durch die Primärerkrankung schwer darniederliegen und bei denen kein Zweifel darüber aufkommt, wie es zu dem Abort gekommen ist. (Merkel; Referat in Ischl.)

Der Herd, von dem die Infektion ihren Ausgang nimmt, kann aber auch den Charakter einer ruhenden Infektion haben. Diese Herde sind dadurch gekennzeichnet, daß die zur Ansiedlung gelangten pathogenen Keime zunächst für Monate, Jahre, ja auch lebenslänglich an umschriebener Stelle haften bleiben. Dies ist dadurch verständlich, daß ihre Virulenz entweder von vornherein vermindert war, oder daß ihnen Reaktionen von seiten des Makroorganismus entgegenwirken und zu diesem Gleichgewichtszustand geführt hatten. Der Herd beherbergt die Keime solange, als die Abkapselungsfähigkeit des umgebenden Gewebes nicht infolge irgendwelcher Schäden versagt. Wir wissen, daß auch nach sogenannter klinischer Heilung sehr wohl Bakterien am Krankheitsort liegen bleiben können und dort, zwar zunächst nicht mehr als pathogene, wohl aber noch als lebende im Zustand der vita minima weiter vegetieren. Es bedarf nur eines äußeren Anstoßes, wie z. B. einer lokalen traumatischen Einwirkung oder der Herabsetzung der Widerstandsfähigkeit des Gesamtorganismus, um die Bakterien wieder pathogen werden zu lassen; hierbei ist noch zu berücksichtigen, daß während der Apathogenität der Bakterien im Organismus allmählich die bakteriziden Säfte wieder abnehmen. Es ist naturgemäß sehr schwer zu beweisen, daß zwischen einem Herd und einem pathologischen Symptom, d. h. einem sekundären Prozeß in einem entlegenen Organ Zusammenhänge bestehen, zumal dann, wenn der Herd fast keine klinischen Symptome macht.

Wo finden wir nun solche Herde, von denen aus es zu einem sekundären Prozeß, d. h. speziell für unseren Fall, zu einem Abort kommen kann?

Hier seien genannt die Zähne, Nasen- und Nebenhöhlen und die Tonsillen.

Für den Fall, daß eine Sepsis von einem Herd am Zahn ausgeht, immerhin eine Seltenheit, bringt Bingold, der Schüler Schottmüller's, folgendes Beispiel: Bei einem Patienten wird

von einem Dentisten eine Extraktion in Lokalanästhesie vorgenommen. Kurz nachher erkrankt der Patient an einem langdauernden Schüttelfrost und nach wenigen Stunden schießen überall auf der Haut Staphylokokkenmetastasen auf. Nach einigen Tagen nimmt die Temperatur ab und die aknepustelartigen Metastasen auf der Haut gehen zurück. Für die Nasen- und Nebenhöhlen beschrieb Cutis, zitiert nach Batizfalvy-Batisweiler, zwei Fälle von nierenkranken Frauen, die spontan abortierten; in einem dieser Fälle lag eine chronische Entzündung des sinus frontalis, in dem andern eine peridentale Entzündung vor. Beide Patientinnen haben nach Entfernung der primären Herde gesunde Kinder geboren.

Wenden wir unsere Betrachtungen den Tonsillen zu: Wenn wir unsere oben aufgestellten Behauptungen aufrecht erhalten wollen, dann müssen wir beweisen, daß aus chronisch eiternden Tonsillen auf hämathogenem Wege Bakterien in die Decidua, die Muskelwand oder Placenta gelangen können und dortselbst die Frucht unmittelbar schädigen, ev. vernichten oder aber durch Hervorrufen einer Entzündung und Blutung in die Schleimhaut die Ablösung des Eies bewirken. Diesen Beweis können wir, wie schon gesagt, meist nicht direkt erbringen, sondern wir können nur aus den Beobachtungen über den klinischen Verlauf des Falles und aus dem Ergebnis der Sektion einschließlich der mikroskopischen und bakteriologischen Untersuchungen den mit an Wahrscheinlichkeit grenzenden Schluß ziehen, daß die Keime nur aus den Tonsillen stammen. Es ist aber bei der Behauptung, daß die Tonsillarabszesse als verantwortliche primäre Herde anzusehen seien, äußerste Vorsicht geboten. Man begegnet nämlich hin und wieder der von Verteidigern und ihren geladenen Sachverständigen vor Gericht geltend gemachten Behauptung, daß die Sepsis nicht etwa von der Gebärmutter ausgegangen sei, sondern von den Tonsillen, und es so zum sekundären Abort gekommen sei. Die Sachverständigen verweisen dabei auf Befunde an den Tonsillen und deuten sie als akute Lokalerkrankungen. Aber man darf sich keineswegs lediglich beim Vorhandensein von Pfröpfen in den Krypten auf eine Tonsillitis festlegen! Es stellt sich bei der mikroskopischen Untersuchung des den Pfröpfen und Lakunen entnommenen Materials allzu oft heraus, daß es sich lediglich um Detritusmaterial, Mikroorganismen und Cholästerin-Kristalle handelt, und die Tonsillen und ihre Umgebung erweisen sich bei der histologischen Untersuchung als weiter nicht krankhaft verändert.

In unserem Falle glaubten wir nun auf Grund der folgenden aus dem Sektionsprotokoll interessierenden Punkte den Schluß ziehen zu müssen, daß in den Tonsillarabszessen ein wirklicher primärer Krankheitsherd zu erblicken gewesen ist.

Auszug aus dem Sektionsprotokoll des gerichtlich-medizinischen Instituts in München.

Gerichtliche Sektion: 1. Oktober 1937.

A. Aeußerliche Besichtigung der Leiche:

149 cm lange, 49 kg schwere Leiche eines jungen Mädchens in mittlerem Ernährungszustand.

Totenflecke deutlich am Rücken mit Ausnahme der Aufliegestellen. Totenstarre an den Beinen noch vorhanden; Beine zeigen keine Auffälligkeiten.

Schambehaarung ist abrasiert, die kleinen Schamlippen sind eingetrocknet, das Jungfernhäutchen deutlich eingerissen. Die Umgebung des Scheideneinganges ist mit grauem Schleim bedeckt. Nach Entfernung desselben ist die Schleimhaut düsterrot. Verletzungen sind außen nicht sichtbar. In der Mittellinie des Bauches zieht eine 12 cm lange und mit 8 Klammern geschlossene frische Operationsnarbe von der Schamfuge senkrecht nach oben, fast bis zum Nabel. Die Umgebung derselben ist noch etwas mit eingetrocknetem Blute beschmiert.

Die Bauchdecken sind auf beiden Seiten schon grün verfärbt. Ebensolche Verfärbungen befinden sich am Rücken in der Gegend der Milz. Auf Einschnitt ist an derselben keine Blutung im Unterhautfettgewebe sichtbar.

Brustkorb normal gewölbt. Die Brüste sind flach; auf Druck lassen sich aus den Brustwarzen einige Tropfen einer weißen Flüssigkeit ausdrücken.

B. Innere Besichtigung:

1. Brust- und Bauchhöhle.

Bei Durchtrennung der Bauchdecken unter Umschneidung der Operationswunde findet sich im Bereich der letzteren keine Eiterdurchsetzung, sondern nur ein der Operationszeit entsprechender Befund (trockene Blutreste und Etagennaht der Bauchdecken).

Das ziemlich blutreiche Netz deckt schürzenförmig die Darmschlingen, von denen die Dünndarmschlingen hochgradig gebläht sind. Ihr Bauchfellüberzug zeigt starke Blutfüllung der vermehrten Blut-

gefäße; außerdem überall matten Glanz, Verklebung an mehreren Stellen durch Faserstoff, daneben eine trübe rötlich-gelbliche Flüssigkeit.

Der Mastdarm und die S-förmige Dickdarmkrümmung ist ebenfalls mit schmierigem Faserstoff bedeckt und mit der Hinterwand der Gebärmutter, die kaum Kinderfaustgröße aufweist, verklebt. Die Gebärmutter selbst ist ihrerseits zunächst mit der Blase ziemlich fest verbacken (weiterer Befund später).

Der wurmförmige Fortsatz ist vollständig normal, nicht frisch entzündet, nicht fixiert.

a) Brusthöhle.

Bei der Auslösung der Brustorgane entleert sich aus dem rechten Vorhof und der unteren Blutader sowie aus der Brustschlagader dunkles flüssiges Blut, von dem aus dem rechten Vorhof etwas zur bakteriologischen Untersuchung entnommen wird.

Bei der Auslösung der Halsorgane findet sich auf der rechten Seite offenbar nach außen von der rechten Mandel eine mit rahmigem Eiter gefüllte Stelle; auch von diesem Eiter wird eine Probe zur bakteriologischen Untersuchung entnommen. Die daneben liegenden Halslymphdrüsen erscheinen ebenfalls frisch angeschwollen.

Im Rachen findet sich nur wenig schaumiger Schleim; der oben genannte Abszeß der rechten Halsseite hat bereits eine deutliche Abszeßmembran und ist ungefähr mandelgroß; er liegt hinter der rechten Mandel. Beide Mandeln erscheinen erheblich geschwollen; auch in der Tiefe hinter der linken Mandel findet sich ein haselnußgroßer zweiter Abszeß, ebenfalls mit rahmigem Eiter gefüllt. Die Mandeln selbst sind markig geschwollen. Am oberen Pol der rechten Mandel finden sich noch zwei pfefferkorngroße Abszesse; keine weiteren Abszesse oder Pfröpfe in den Mandeln; die Substanz derselben ist nur ziemlich feucht, aber nicht eitrig durchtränkt.

Der Herzmuskel erscheint im allgemeinen etwas trüb, ist jedoch mikroskopisch nicht verfettet; auch die zweizipflige und die Brustschlagaderklappen sind zart und ohne Auflagerungen. Die Lungen fühlen sich in den abhängigen Teilen etwas teigiger und knisternd an, besonders die rechte Lunge; das Lungenfell ist überall glatt und spiegelnd; die linke Lunge ist überall auf dem Durchschnitt lufthaltig, blutreich, wenig schaumig durchtränkt, die rechte dagegen zeigt in den abhängigen Teilen des Ober- und Unterlappens eine mächtige blutige Durchtränkung, nirgends Abszesse.

b) Die Bauchhöhle.

Die Milz ist ziemlich groß, 190 g schwer, stumpfrandig, Schnittfläche ziemlich weich.

Die Bauchspeicheldrüse erscheint schon etwas weich auf dem Durchschnitt.

Leber von entsprechender Größe, Kapsel schon zum Teil schmutzig-graugrünlich verfärbt, aber ohne Auflagerungen; das Lebergewebe ist etwas weich, rötlich-gelblich-brüchig.

In der Gallenblase ungefähr zwei Eßlöffel einer dickbröckeligen, eingedickten schwarz-grünen Galle.

Nieren mit Ausnahme des linken Nierenbeckens, das etwas schleimige eiterähnliche Flüssigkeit enthält, ohne Befund; insbesondere keine Abszesse.

Bei der Freilegung der Beckenorgane zeigt sich an der Vorderwand der Gebärmutter, am Gebärmuttergrund etwa, eine Reihe von Katgutnähten; auch scheint der Bauchfellüberzug der Blase hier darüber mitvernäht zu sein. Einzelne Katgutnähte haben sich bereits abgestoßen. In dem Raum zwischen angenähter Gebärmutter und Blase findet sich etwas schmierig-bräunliche bis schwärzliche Flüssigkeit.

Die linken Adnexe samt Eierstock sind am untersten Teil des Dickdarms verklebt, lösen sich aber noch leicht und zeigen nur geringe Durchtränkung und bläuliche Schwellung. Es werden nunmehr die inneren und äußeren Geschlechtsorgane im Zusammenhang der Leiche entnommen.

Die Scheide ist von entsprechender Weite, Scheideneingang graubräunlich schmutzig verfärbt und etwas mit Flüssigkeit benetzt; oben in dem Scheidengewölbe und am Muttergrund findet sich eine rahmig-schmutziggraue Flüssigkeit, keine Verletzungen; der Muttermund selbst ist etwas erweitert; man sieht eine Querspalte, aus welcher ebenfalls etwas rahmig-schmutziggrauer Eiter abfließt.

Die beiden Eierstöcke, besonders der rechte, sind mit eitrigem Faserstoff belegt und stark gequollen. In beiden finden sich ältere Menstruationskörper und im rechten Eierstock offenbar noch ein gelber Schwangerschaftskörper.

Im Gebärmutterhals keine Verletzungen. Die etwas spaltförmig gestaltete und leicht erweiterte Gebärmutterlichtung enthält ebenfalls schmutziggrauen-rahmigen Inhalt wie der Muttermund und das Scheidengewölbe. Es finden sich sonst innen keine Verletzungen; nur nach Lösung der Katgutnähte sieht man neben der rechten Tubenecke eine trichterförmige, etwas schmutzig verfärbte Oeffnung, die nach der Gebärmutter hineingeht; sie weist einen gelblichen Randsaum nach der Gebärmutterwand hin auf. Es läßt sich nicht feststellen, ob noch Reste der Nachgeburt vorhanden sind. Es wird daher der ganze Geschlechtsapparat zwecks weiterer Untersuchung zurückgelegt.

Besonders wird nachgewiesen, daß hinten in der Tiefe des Beckens keine weiteren Verletzungen vorhanden sind.

Vorläufiges Gutachten.

1. Der Tod der sezierten jungen Frauensperson ist zustande gekommen durch eine akute Bauchfellentzündung, die von den inneren Geschlechtsorganen ihren Ausgang genommen haben dürfte.
2. Nach dem Sektionsbefund und den Mitteilungen des behandelnden Arztes war zweifellos eine ganz frühzeitige Schwangerschaft vorhanden, welche bei Uebernahme der Verstorbenen in die ärztliche Behandlung bereits zur Unterbrechung gekommen war.
3. Ob die Schwangerschaftsunterbrechung durch einen Eingriff von seiten der Verstorbenen oder einer zweiten Person verursacht worden ist, läßt sich nicht mehr feststellen.
4. Die Ausgangsstelle der tödlichen Bauchfellentzündung stellt nach Schilderung der behandelnden Aerzte zweifellos eine Verletzung dar, welche auf der Höhe der Gebärmutter stattgefunden hatte. Ob diese Verletzung durch die ärztliche Untersuchung in der Privatklinik erst zustande gekommen ist, oder ob sie bereits vorher als Eingriffsfolge vorhanden war, läßt sich zunächst nicht mit Sicherheit sagen.
5. Vielleicht ist nach Durchführung der weiteren Erhebungen und nach eingehendem Studium der Kranken- und Operationsgeschichte ein Urteil über den ganzen zunächst nicht klarliegenden Zusammenhang möglich.
6. Ganz von der Hand zu weisen ist auch die Möglichkeit nicht, daß die Gebärmutter- und Bauchfell-Infektion zustande gekommen ist auf dem Blutwege von den bei der Sektion noch festgestellten — angeblich klinisch ziemlich beschwerdelos verlaufenden — beiderseitigen Mandelabszessen.

C. Mikroskopische Untersuchungen des hiesigen Instituts:

1. Gebärmutter.

Die Schleimhaut ist mit vielen Plasmazellen infiltriert. Teilweise fehlen sie und man sieht entweder die Muskulatur entblößt oder es finden sich fibrinöse Beläge mit ziemlich viel Polynukleären. In diesen Belägen wurden im Schnittpräparat Staphylokokken nachgewiesen. Die Muskulatur ist etwas gelockert und entweder diffus oder weniger stark infiltriert. In den Infiltraten finden sich teilweise Entzündungszellen, die an einigen Stellen gehäuft auftreten. Man sieht auch Plasma-

zellen. Das Myometrium weist zahlreiche Abszesse auf. Die Gefäße sind erweitert; einige von ihnen sind mit fibrinösen Pfröpfen gefüllt. An der der Schleimhaut entgegengesetzten Seite sieht man auch eine ziemlich erhebliche Infiltration mit polynukleären Lymphozyten und Fibrinauflagerungen mit zahlreichen Streptokokkenketten, die in diesem Bereich auch in den Gefäßen gefunden werden.

2. Tonsillen.

Retrotonsillär findet sich ein Abszeß der einen Tonsille mit vielen Polynukleären; um seine Einschmelzungshöhle ist ein lockeres Bindegewebe herumgelagert, das jedoch nicht eine scharfdemarkierende Membran darstellt. Auch die Umgebung des Abszesses zeigt sich stark infiltriert mit fast lauter Polynukleären. Plasmazellen finden sich erst in der weiteren Umgebung. Im Abszeßeiter Streptokokken, die sowohl im Abstrich als auch im Schnittpräparat nachgewiesen wurden. Die Tonsille selbst ist sehr blutreich und etwas vergrößert. In einer Krypte findet sich ein nekrotischer Pfropf umgeben von Plasmazellen.

In der anderen Tonsille finden sich in einer kleinen seitlichen Bucht geringe freie Eiteransammlungen, in denen Streptokokken nachgewiesen werden können.

Abstrichpäparate vom Bauchfell zeigen Streptokokken. In sämtlichen Präparaten sind die Streptokokken kurzkettig, die meisten liegen in Form von Diplokokken.

D. Bakteriologischer Befund der Bakteriologischen Untersuchungsanstalt:

Tonsilleneiter: Orig. Ziehl — Präp., keine Tbc-Bakterien.
Orig. Gram — Präparat, wenige Gram-positive Kokken.

Kultur: aerob: hämolyt. Streptokokken und bacterium coli anhaemolyticum.
anaerob: hämolytische Streptokokken.

Herzblut: Orig. Ziehl-Präparat, keine Tbc-Bakterien.
Orig. Gram-Präparat, keine Tbc-Bakterien.

Auf Grund dieser Angaben kamen wir zu folgenden Gedankengängen und haben uns dabei mehrere Fragen vorzulegen:

1. Ist der Abort der E. Sch. unmittelbar, d. h. an einem der nächsten Tage nach dem zweiten — vorgenommen durch den Angeklagten Sch. — Abtreibungsversuch (4. 9. 37) vonstatten gegangen?

Die E. Sch. soll, wie aus den Akten zu entnehmen ist, zu den bei der Abtreibung beteiligt gewesenen Personen in den Tagen nach dem

4. 9. 37 gesagt haben, daß die am 4. 9. 37 vorgenommenen Abtreibungsversuche von Erfolg gewesen seien und daß ihr eine Frucht abgegangen sei. Demgegenüber stehen die Aussagen des Dr. Th., der die Patientin drei Wochen nach diesem Ereignis (!) auf ihrem Zimmer aufsuchte und dem gesagt wurde, die Patientin habe einen Abgang gehabt, es seien bei ihr „blutige Stücke" abgegangen. Das Gericht hat die Frage offengelassen, wann der Abgang vonstatten ging, wenn es annimmt: „Die zwei letzten Einspritzungen haben zur Unterbrechung der Schwangerschaft geführt."

Ob die Angaben der verstorbenen E. Sch. stimmen, läßt sich schwer sagen, ebenso ob die dem Dr. Th. gemachten Angaben auf Wahrheit beruhten.

Wir können uns nur an die Tatsachen halten: Einmal steht unumstößlich fest, daß die Patientin ab 8. 9. 37, also vier Tage nach dem zweimaligen Abtreibungsversuch, wieder in ihrem Betrieb tätig war und diese Tätigkeit bis zum 25. 9. 37, also dem Tage, an dem abends der Dr. Th. zu ihr gerufen wurde, ausübte. Hätten, wie die mit ihr das Zimmer bewohnende Hausangestellte behauptete, während dieser ganzen Zeit fortlaufend Blutungen bestanden, müßte man annehmen, daß in den Tagen nach dem 4. 9. 37 tatsächlich ein Abort stattgehabt hätte und weiter denken an etwaige zurückgebliebene Plazentarreste, die für die angeblichen Blutungen verantwortlich zu machen wären. Wir folgen der Zeugin gern, wenn sie sagen würde, daß sie an der Wäsche der E. Sch. nach deren Rückkehr zu ihrem Arbeitsplatz sehr viel Blut gesehen hätte. Diese Blutungen fänden dann ihre Erklärung in dem Abort der Patientin. Aber wie hätte die E. Sch. bei solchen sich nun schon über drei Wochen hinstreckenden Blutungen noch arbeiten können? Auch spricht gegen diese angeblich langandauernden Blutungen die Tatsache, daß sie noch so kräftig war, um den Facharzt für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten am 23. und 24. 9. 37, also zwei Tage vor der Konsultation des Dr. Th. aufsuchen zu können. Der sie behandelnde Facharzt hatte auch, wie er auf Befragen angab, bei der Patientin außer der von ihm gestellten Diagnose angina lacunaris nicht den Eindruck, daß sie besonders hinfällig sei. Die von der Zeugin hinsichtlich der Blutungen gemachten Angaben halten wir demzufolge nicht für den Tatsachen entsprechend. Bestärkt werden wir in unserer Auffassung noch durch das Vorhandensein eines gelben Schwangerschaftskörpers, der uns beweisend dafür erscheint, daß bis noch in die allerletzte Zeit vor dem Exitus der Patientin eine Schwangerschaft bestanden haben muß. Auch könnte es sich, selbst wenn die Schwangerschaft unmittelbar nach den Abtreibungsversuchen eingetreten wäre, bei der jetzigen Blutung nicht um eine neue Menstruation gehandelt haben.

2. Wie ist es nun tatsächlich zu diesem Abort gekommen?

Die verstorbene E. Sch. fühlte sich angeblich seit etwa Ende Juli 1937 schwanger und ließ zum ersten Mal am 28. 8. 37 durch den Angeklagten D. einen Abtreibungsversuch an sich vornehmen, der ohne Erfolg blieb. Ein erneuter zweimaliger Versuch wurde durch den zweiten Angeklagten Sch. auf Anstiften und unter Beihilfe des D. am 4. 9. 37 gemacht. Das Gericht kam zu der Auffassung, daß die beiden am 4. 9. 37 vorgenommenen Versuche von Erfolg waren, ohne aber eine Feststellung darüber zu treffen, wann der Erfolg, d. h. der Abort eingetreten war. Diese wichtige Frage, doch das punctum saliens des Falles, wäre doch dann wohl geklärt worden, wenn das Gericht nicht verabsäumt hätte, einen Gutachter zu der mündlichen Verhandlung zuzuziehen und damit genötigt gewesen wäre, sich lediglich auf das erstattete vorläufige Gutachten zu stützen. Es bleibt noch zu erwähnen, daß ein Schlußgutachten vom Gericht leider nicht eingeholt worden ist. Das Gericht hat als Folge seiner Auffassung den Angeklagten Sch. wegen vollendeter Abtreibung und den Angeklagten D. wegen Anstiftung und Beihilfe zur vollendeten Abtreibung bestraft.

Wir kommen auf Grund der voraufgegangenen Untersuchungen zu der Meinung, daß die intrauterine Schwangerschaft der E. Sch. die zu ihrer Beseitigung vorgenommenen Abtreibungshandlungen überstanden hat und bis zum 25. 9. 37 fortbestand. Der Abort ist vielmehr so zustandegekommen: In den beiden peritonsillären Abszessen sind in den Tagen vor dem Abort die Streptokokken virulenter geworden, oder aber es wurde das biologische Gleichgewicht zwischen Bakterien und Organismus in der Richtung gestört, daß der Organismus durch den starken Blutverlust im Anschluß an den zweiten Abtreibungsversuch so gelähmt wurde, daß die Bakterien das Uebergewicht erlangten. Infolge der eingetretenen Beschwerden begab sich die Patientin am 23. und 24. 9. 37 zu einem Facharzt für Hals-, Nasen- und Ohrenkrankheiten, der eine angina lacunaris diagnostizierte. Die Virulenz der Bakterien ging so weit, daß es offenbar zu einem Einbruch in die Blutbahn kam. Die Streptokokken fanden in dem graviden Uterus als einem locus minoris resistenciae einen Ansiedlungsplatz und führten die Ausstoßung des Eies am 25. 9. 37 herbei. Die hierbei auftretenden starken Blutungen hatten die Konsultation des Dr. Th. zur Folge, der die Patientin in die Privatklinik einwies und hier am folgenden Tage eine Curettage machte.

Es könnte nun die Frage sein, ob der die Curettage vornehmende Arzt die Streptokokken in die Bauchhöhle eingeschleppt hätte, ein Umstand, der uns unwahrscheinlich erscheint, da es sich einmal um einen alten erfahrenen Arzt handelte und zum andern die Curettage

in einer Privatklinik vorgenommen wurde, also die Kautelen für einen aseptischen Eingriff gegeben waren.

Nach diesem Abort war aber, was die Prognose quoad vitam betrifft, das letzte Wort noch nicht gesprochen, da bis zum Zeitpunkt der Curettage die Patientin durchaus noch nicht das Bild einer Sepsis bot, denn es waren weder hohe Temperaturen vorhanden, noch waren peritonitische Symptome da.

Da nun aber die Patientin als Komplikation eine Peritonitis bekam, muß festgestellt werden, wie es zu dieser kommen konnte. Es ist bei dieser Untersuchung zunächst die Frage zu erörtern, ob der curettierende Arzt versehentlich selbst perforiert hat, und aus dem, wie wir dargetan haben, sicher hämatogen infizierten Uteruscavum Streptokokken in die Bauchhöhle eingeschleppt hat.

Glaubwürdig schildert uns der Arzt, daß er bei der Curettage plötzlich mit der Curette ein Stück tiefer und damit offenbar durch die Uteruswand hindurchgeraten sei. Er habe dabei das Gefühl gehabt, „als ob er durch weiche Butter gestoßen hätte“ und es sei ihm sofort klar gewesen, daß er eine Perforation gesetzt habe. Wir wissen nun aber aus der klinischen Erfahrung, daß bei derartigen Perforationen, d. h. wenn das Instrument nur einmal durchgestoßen wird und die Curettage dann sofort unterbrochen wird, in äußerst geringem Prozentsatz eine Infektion der Bauchhöhle von dem primär infizierten Uterus cavum aus erfolgt, weil die Bakterien am Rande der Perforationswunde hängen bleiben (Stöckel). Wir können also in unserem Falle nicht mit absoluter Sicherheit entscheiden, ob der curettierende Arzt die Peritonitis verursacht hat. Aber selbst wenn er sie verursacht hätte, so wäre er deshalb noch immer nicht straf- und zivilrechtlich verantwortlich; denn es wird der Arzt nicht wegen einer Perforation zur Verantwortung gezogen, sondern nur dann, wenn er sie nicht erkennt, bzw. bei der Feststellung nicht die Konsequenzen daraus zieht, daß er perforiert hat. Letzteres tat aber der operierende Arzt, und entzog sich so der Gefahr, wegen eines Kunstfehlers angeschuldigt zu werden.

Für das Zustandekommen der Peritonitis sind aber durchaus noch zwei andere Wege möglich. Einmal sehen wir gar nicht so selten bei weiblichen Patientinnen die sogenannten primären Peritonitiden, die im Anschluß an die Menstruation auftreten. So hat Ehringer, zitiert nach Batizfalvy-Batisweiler, unter 10 Fällen von weiblichen Patienten 8 Frauen zu verzeichnen, bei denen es sich um solche „idiopatische Peritonitiden“ handelte. De la Chapelle konnte aus der Literatur 21 Fälle zusammenstellen, von denen 16 das weibliche Geschlecht betrafen.

Dann sehen wir auch oft nach Anginen Peritonitiden, wobei es auffallend ist, daß in sehr schweren Fällen von Peritonitis die Tonsillen kaum nennenswerte aber doch histologisch als primäre feststellbare Veränderungen aufweisen. Die Peritonitis kommt dadurch zustande, daß die Bakterien entweder unmittelbar aus dem zirkulierenden Blut oder mittelbar aus vereiterten Lymphknoten auf das Peritoneum gelangen, wie wir dies auch bei der Peritonealtuberkulose zu sehen bekommen. Dazu diene als Beispiel noch folgender Fall von Künzel Münchner Mediz. Wochenschrift 1904 S. 1920: 18-jähriger Patient, vorher immer gesund. Im Beginn der Erkrankung Nackenschmerzen. Nach einigen Tagen Schmerzen im Abdomen, kurz nachher exitus. Sektion: Eitrige Peritonitis, als deren Ausgangsstelle entzündliche Tonsillen nachgewiesen werden konnten. Streptokokken im Tonsilleneiter und Bauchhöhlenexudat identisch.

Zusammenfassend ist also zu sagen, daß man dann, wenn eine Gravide einen Abort hat und ante exitum schon zu dieser Zeit über Beschwerden von seiten der Zähne, Nebenhöhlen oder Tonsillen geklagt hat, differenzialdiagnostisch in Erwägung zu ziehen hat, ob der Abort nicht von hieraus veranlaßt worden war. Vor allen Dingen soll man in den Fällen, wo eine Frauensperson einen fieberhaften Abort hat und wo auch ein Abtreiber gefunden wird, diesen nicht voreilig und ohne genauere Untersuchung für die Infektion des Uterus infolge seiner Abtreibungshandlungen, d. h. für den Tod der Schwangeren verantwortlich zu machen; denn es gibt auch eine primäre Streptokokkensepsis mit sekundärem Abort, bei der der eventuelle Täter dann nur des Versuches der Abtreibung schuldig ist.

Es ist mir eine angenehme Pflicht, Herrn Obermedizinalrat Prof. Dr. H. Merkel für die freundliche Ueberlassung des Themas und das Referat meinen besonderen Dank auszusprechen.

Schrifttumsverzeichnis

Aschoff: Path. Anat. Lehrbuch

Batizfalvy-Batisweiler: Die Rolle der Fokalinfektionen in der Geburtshilfe und Gynäkologie, Zeitschrift für Geburtsburtshilfe und Gynäkologie, Bd. 112, S. 375 ff.

Bingold, Konrad: Die septischen Erkrankungen. Berlin 1937.

Gaebler, Ilse: Ueber pathologisch-anatomische, bakteriologische und klinische Beobachtungen an 53 Sepsis-Todesfällen nach Abort. Breslau, Diss. 1938.

Heim, Erwin: Ueber postanginöse Sepsis. Heidelberg, Diss. 1934.

Hönsch, Albert: Die heutigen Sepsistheorien. Harburg, Diss. 1934.

Koch, B.: Ueber plötzliche Todesfälle aus natürlicher Ursache bei fortgeschrittener bzw. am Ende der Schwangerschaft. München, Diss. 1935.

Köstlin: Die forensische Bedeutung des Puerperalfiebers. Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie. Bd. 19, 1904.

Merkel, H.: Ein Fall von Angina am Ende der Gravidität mit tödlicher Streptokokkensepsis im darauffolgenden Wochenbett. München, Med. Wochenschrift 1907, S. 1277.

Merkel, H.: Ueber einen forensisch interessanten Fall vom Tod im Wochenbett. Friedrichs Blätter für gerichtliche Medizin 1905, S. 321 f.

Merkel, H.: Der gerichtsärztliche und kriminalistische Nachweis der Abtreibung. Deutsche Zeitschrift für die gesamte gerichtliche Medizin. 32. Bd., Heft 4/5. (Referat)

Merkel-Walcher: Gerichtsärztliche Diagnostik u. Technik. 1936.

Müller-Walcher: Gerichtliche und soziale Medizin. München-Berlin 1938.

Philipp, E.: Der heutige Stand der Bekämpfung der Fehlgeburt. Zentral-Blatt für Gynäkologie, 67. Jahrg., Nr. 6.

Reinhardt, H. J.: Einzelne Fälle von Sepsis bzw. Peritonitis mit oder ohne Zusammenhang mit Schwangerschaftsunterbrechung stehend. München, Diss. 1937.

Schibkow: Ein Fall von Endometritis pseudomembranacea septica secundaria post abortum. Virch. Arch. Bd. 228, 1920, S. 450.

Schottmüller: Die Bedeutung der fokalen Infektion vom Standpunkt der inneren Medizin. Münchner Med. Wochenschrift 1927 Nr. 36.

Stöckel: Lehrbuch der Geburtshilfe.

Uffenrode: Die vom Schlund ausgehenden septischen Allgemeinerkrankungen. Leipzig 1925.

Uffenrode: Sepsis nach Angina. Zeitschrift für Laryngologie, Rhinologie, Otologie, Bd. 23, Heft 1 und 2.

Lebenslauf

Ich, Walter Goertz, wurde geboren am 9. April 1911 zu Neuß a. Rh. als Sohn des Beigeordneten Peter Goertz und seiner Ehefrau. Von Sexta bis Untersekunda besuchte ich das Gymnasium in Neuß, um dann zum Reformrealgymnasium ebendort überzutreten, wo ich nach drei weiteren Jahren die Reifeprüfung bestand. Hernach studierte ich sieben Semester Rechtswissenschaft und bestand vor dem Oberlandesgericht in Köln die erste juristische Staatsprüfung. Hierauf wandte ich mich dem Studium der Medizin zu, in dem ich im 9. Semester diese Arbeit anfertigte. Im September beendete ich in München mein Studium durch das ärztliche Staatsexamen.